

**Demande de rectification de renseignements personnels sur la santé**en vertu de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé***Nom du dépositaire de renseignements personnels sur la santé à qui la demande est adressée :**  
Hôpital Montfort 713, chemin Montréal, Ottawa, Ontario K1K 0T2**Vos renseignements :**  M.  Mme Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ App : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone (jour) : \_\_\_\_\_ (soir) \_\_\_\_\_

**Renseignements sur le mandataire spécial\*, s'il y a lieu :**

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ App : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone (jour) : \_\_\_\_\_ (soir) \_\_\_\_\_

\*Veuillez fournir les documents démontrant que vous êtes un mandataire spécial autorisé, s'il y a lieu.

**\*Veuillez fournir une description détaillée des renseignements personnels sur la santé auxquels vous avez obtenu accès et dont vous demandez la rectification, les raisons pour lesquelles les renseignements personnels sur la santé sont incomplets ou inexacts et les renseignements nécessaires pour les rectifier.**

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa)

**Réservé au dépositaire de renseignements personnels sur la santé :**

Date de réception : \_\_\_\_\_ Numéro de demande : \_\_\_\_\_ Remarques : \_\_\_\_\_

Les renseignements personnels sur la santé demandés dans la présente formule sont recueillis en vertu de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* (la « Loi ») et seront utilisés pour répondre à votre demande d'accès en vertu de l'article 55 de la Loi. Veuillez adresser vos questions au coordonnateur d'accès à l'information et protection de la vie privée au (613) 746-4621, poste 2909.